

123

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

PAR

J. DELATTRE

Né à Boulogne sur-Mer (Pas-de-Calais), le 26 Avril 1874.

DU

TRAITEMENT DES NODULES ISOLÉS DE LUPUS

PAR LA DILACÉRATION

Suivie d'Attouchements au Chlorure de zinc cristallisé

Président : M. BERGER, Professeur.

RÉMY, Professeur.

*Juges : MM. { ALBARRAN, Agrégé
HARTMANN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900

125
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

PAR

J. DELATTRE

Né à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais), le 26 Avril 1874.

DU

TRAITEMENT DES NODULES ISOLÉS DE LUPUS PAR LA DILACÉRATION

Suivie d'Attouchements au Chlorure de zinc cristallisé

Président : M. BERGER, Professeur.

Juges : MM. { RÉMY, Professeur.
ALBARRAN, Agrégé.
HARTMANN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

1900



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....
Professeur-honoraire.....
Professeurs.....

M. BROUARDEL
M. POTAIN.
MM.

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

FARABEUF.
CH RICHET
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
N.....
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
LANDOUZY.
PROUST.
BROUARDEL.
BRISSAUD.
CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

DEBOVE.
JACCOUD
HAYEM.
DIEULAFOY.
GRANCHER.
FOURNIER

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
RAYMOND
TERRIER.

Clinique chirurgicale.....

DUPLAY.
LE DENTU.
THLLAUX.

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

PANAS.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRÉ.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA TOURETTE.
HARTMANN.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.
LEJARS.

MM.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENÉTRIER.
MERY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.
THIERY.

MM.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIETTEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses délibérations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MES SŒURS

A MA TANTE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de faire ici le procès des méthodes employées, jusque dans ces derniers temps, dans le traitement du lupus tuberculeux. Toutes ont donné des succès ; mais toutes aussi, le fait est trop connu, hélas ! des insuccès.

Peu de maladies se montrent aussi rebelles au traitement que la tuberculose cutanée : aussi un grand nombre d'interventions de natures diverses ont été proposées pour la combattre.

L'ablation, qui jusqu'en ces derniers temps, s'est montrée le procédé le plus efficace, n'est pas toujours possible : le médecin était donc forcé d'avoir recours à d'autres interventions (cautérisation, râclage, scarification) qui n'écartaient pas d'une façon définitive les récidives.

Peut-être le traitement du lupus par les rayons X ou par les rayons chimiques de la lumière solaire, (méthode de Finsen) réservent-ils au médecin, la douce consolation de guérir ses semblables d'une maladie aussi pénible que le lupus.

L'application de ces méthodes thérapeutiques est trop récente pour qu'il soit permis de porter à leur égard un jugement définitif.

Notre intention n'est ni de critiquer ces diverses méthodes thérapeutiques, ni de proposer une intervention qui soit destinée à les supplanter.

Notre but est plus modeste. En suivant la clinique de M. le professeur Derville, nous l'avons vu employer dans certains cas bien déterminés et relativement rares que nous spécifierons plus loin, un traitement qui nous a séduit par la simplicité de son application et par son efficacité.

Ce n'est donc pas une méthode générale de traitement du lupus que nous proposons : c'est un traitement applicable à quelques cas seulement, laissant à toutes les autres interventions leur valeur, leurs indications. Et si nous croyons pouvoir en faire le sujet de notre thèse inaugurale, c'est parce que nous estimons que dans certaines conditions, ce procédé de la dilacération des tubercules, suivie de la cautérisation au chlorure de zinc cristallisé, est appelé à rendre service aux patients et aux praticiens.

Nous exposerons d'ailleurs avec de plus amples détails les avantages que nous croyons devoir attribuer à cette méthode.

Arrivé au terme de nos études, qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté libre de médecine de Lille et particulièrement à MM. les professeurs Desplats, Duret et Eustache.

Nous devons un souvenir particulier à M. le professeur Derville : c'est dans son service que nous avons étudié le sujet de cette thèse et pris les observations de nos malades.

Nous remercions aussi bien sincèrement nos maîtres de la Faculté de Paris, et particulièrement MM. les professeurs Le Dentu et Budin ; M. le professeur agrégé Bonnaire, M. Huchard, médecin des hôpitaux.

M. le professeur Berger a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous apprécions hautement le grand honneur qu'il nous fait et nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552228_0074

DIVISION DE LA THÈSE

Nous le disons plus haut, le procédé que nous nous proposons de décrire ici n'a aucunement la prétention de supplanter les autres méthodes de traitement du lupus.

Nous n'avons donc pas à le mettre en parallèle avec les thérapeutiques mises en œuvre jusqu'ici pour combattre la tuberculose cutanée. Notre tâche sera remplie, quand, après avoir précisé les indications du traitement, nous en aurons décrit la technique, montré les avantages et inconvénients.

Le plan de ce travail est donc bien simple : il se divise tout naturellement en trois chapitres.

I. — INDICATIONS DE LA DILACÉRATION AVEC CAUTÉRISATION AU CHLORURE DE ZINC.

II. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

III. — AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE.

Quelques observations inédites, malheureusement en petit nombre, termineront ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Indications de la dilacération suivie de la cautérisation au chlorure de zinc.

L'indication essentielle, primordiale, c'est l'isolement du tubercule : à côté de cette indication, il en est d'autres d'une valeur toute relative, que nous étudierons ensuite.

I. *Indication principale : Isolement du tubercule.*

— Le lupus ne se montre pas toujours aux yeux du praticien sous la forme de vastes plaques, ulcérées ou non, envahissant une partie quelquefois considérable de la face ou d'un membre : néanmoins ce sont là malheureusement les cas les plus fréquents ; non pas que le lupus envahisse d'emblée une étendue aussi considérable des téguments, mais parce que, débutant sous la forme d'un petit bouton anodin en apparence, n'occasionnant au patient aucune gêne, aucune douleur, il n'attire pas son attention, ni celle de son entourage.

Au bout d'un certain nombre de mois ou même d'années seulement, le lupus devient gênant par la

difformité qu'il entraîne et douloureux par les ulcérations qui s'y produisent ; et alors le médecin est consulté.

A tous ces cas de lupus étendus ne convient pas le traitement que nous allons étudier.

Mais parfois le praticien se trouve en présence de nodules lupiques bien limités, très petits, uniques ou en nombre plus ou moins grand, et alors, croyons-nous, la conduite suivie en pareil cas par M. le professeur Derville peut rendre des services : elle est utile à faire connaître.

Et tout d'abord dans quelles conditions s'observent ces nodules de lupus ainsi limités, isolés ?

On peut les rencontrer dans un certain nombre de cas, dont nous allons énumérer les principaux :

1° D'abord, tout au début de l'évolution du lupus, alors que la maladie fait sa première apparition à la surface de la peau. C'est alors, avons-nous dit plus haut, un bouton en apparence inoffensif, trop inoffensif même, car il n'éveille pas suffisamment l'attention du malade et de sa famille, et le médecin n'est malheureusement pas consulté à une période de la maladie où il serait à même de rendre les plus grands services.

2° On observera encore des nodules lupiques isolés au pourtour des grandes plaques de tuberculose cutanée.

Il n'est pas rare en effet de voir à une petite distance d'un placard lupique quelques nodules isolés, erratiques en quelque sorte, séparés du foyer principal de

la maladie par un intervalle de quelques centimètres dans lequel la peau est saine ou paraît saine.

Nous disons « paraît saine » ; c'est qu'en effet, ces nodules erratiques sont dus à une émigration du bacille par les lymphatiques et à leur arrêt en certains points de ces vaisseaux où ils prolifèrent pour former un nouveau foyer de la maladie. Il est probable que, dans ces cas, la peau qui sépare le foyer secondaire du foyer primitif est déjà malade, et en tous cas, elle est fortement suspecte. Et d'ailleurs on ne tarde pas à voir se réunir à la plaque principale ces points d'attaque secondaires, qui semblent ainsi marquer les étapes d'envahissement de la tuberculose.

3°) On voit encore apparaître des nodules isolés de lupus, lorsque la muqueuse nasale est le siège d'une lésion tuberculeuse. Les recherches modernes ont montré que le lupus de la face avait souvent son point de départ dans un ulcère tuberculeux développé dans la cavité nasale.

En pareil cas, on voit souvent se produire sur les téguments du nez et de la partie voisine des joues, de petits foyers de tuberculose cutanée, apparaissant successivement, souvent en nombre assez grand, mais restant pendant quelque temps isolés les uns des autres ; ultérieurement ces nodules se réunissent et forment alors le placard lupique.

4°) Lorsqu'un lupus d'une certaine étendue a été soumis à une série de séances de scarification, la congestion de la peau disparaît, et sous l'influence du

travail de sclérose ainsi produit, les nodules lupiques se réduisent de plus en plus.

Dans ce cas, ils apparaissent très nettement, à l'état isolé, au milieu de la cicatrice produite par les interventions antérieures.

5°) Enfin, on pourra encore remarquer de petits nodules lupiques dans les cicatrices résultant d'un traitement antérieur, scarifications, curettage, cautérisation, voire même ablation. En pareil cas, la guérison n'a été qu'apparente (ce qui n'est que trop fréquent) et ces nodules sont des nodules de récurrence. Ils indiquent une repullulation des bacilles, et si l'on n'intervient activement, le placard lupique aura bientôt repris une étendue égale, sinon supérieure à celle qu'il avait avant toute intervention.

Voilà, croyons-nous, les circonstances principales dans lesquelles le médecin peut être amené à traiter des nodules de lupus isolés.

Mais, à notre avis, le traitement par la dilacération suivie de la cautérisation au chlorure de zinc ne convient pas également à tous ces cas. Au début de l'évolution morbide, lorsqu'une partie limitée de la peau a subi l'infiltration tuberculeuse, ce traitement pourra donner des résultats.

Lorsqu'il s'agit de foyers tuberculeux secondaires, développés au voisinage d'un grand placard, il n'y a pas lieu d'y recourir.

Ici, en effet, les foyers secondaires ne sont que des ramifications du foyer principal auquel ils se rattachent par les lymphatiques, comme les fruits se ratta-

chent à l'arbre par leur pédicule. Dans ce cas il faut une intervention plus complète, attaquant en même temps tous les placards petits et grands.

Si les nodules isolés de la tuberculose cutanée ont leur origine dans une ulcération nasale, on pourra recourir à la dilacération, en traitant en même temps activement les lésions de la muqueuse du nez. Toutefois ici encore nous faisons quelques réserves, parce que si les tubercules sont isolés, ils se multiplient souvent rapidement, et ne tardent pas à former un placard assez étendu. D'ailleurs, et nous aurons l'occasion de revenir sur ce point, la cautérisation au chlorure de zinc convient peu au lupus développé au voisinage des orifices naturels.

Restent les deux derniers cas où l'intervention que nous étudions peut trouver son application. Quand le lupus traité par les scarifications, se dissocie, pour ainsi dire, en un certain nombre de nodules petits, isolés, la guérison certes peut-être poursuivie par la scarification et menée à bonne fin.

Mais ce traitement demande un temps très long et souvent décourage les malades. On peut en pareil cas hâter la destruction et la disparition des tubercules persistants, par la dilacération et la cautérisation au chlorure de zinc, quitte à faire encore quelques séances de scarification, si la cicatrice a perdu un peu de son poli.

Enfin les tubercules de récidence, au sein de la cicatrice, se trouveront bien aussi de cette intervention.

En un mot, et pour nous résumer, le mode de trai-

tement qui fait le sujet de notre thèse nous paraît applicable surtout au lupus débutant, aux nodules mis en relief et déjà réduits de volume par les scarifications, et enfin aux tubercules récidivant au sein d'une cicatrice.

Avant de poursuivre cette étude, il nous paraît indispensable de donner une courte description de ces nodules lupiques, de ces lupômes, comme on les a justement appelés.

Les lupômes sont les unités, les individualités, si l'on nous passe cette expression, qui constituent le groupe appelé plaque lupique.

Le lupôme, point de départ du lupus ou germe de la récidive, décrit de façon magistrale par le regretté professeur Leloir, est la lésion élémentaire de la tuberculose cutanée. Au point de vue dermatologique, c'est un tubercule de volume et de dimensions variables, de couleur rouge sombre, brunâtre, rappelant plus ou moins le sucre d'orge, de consistance molle; leur forme est ronde ou ovalaire, parfois un peu irrégulière, polygonale ou légèrement étoilée, mais à contours bien délimités (1).

Leur volume est petit au début : les lupômes peuvent ne pas dépasser un grain de mil, mais atteignent parfois au cours de leur évolution le volume d'un grain de blé ou d'une lentille, leur augmentation de volume se fait avec la plus grande lenteur : il leur faut des

(1) H. LELOIR, *Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau*, 1891.

semaines, des mois, parfois des années avant d'atteindre le volume d'une lentille.

Les lupômes siègent dans le derme, mais ils peuvent être situés à des profondeurs variables, comme on peut s'en assurer parfois par la palpation ou en tendant la peau. Ils envahissent l'hypoderme, lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes et aussi le périoste et l'os, si la peau mince est voisine d'une surface osseuse.

Leur couleur est rougeâtre, rouge brun ou violacée, ou un peu livide ou jaune rougeâtre : cette teinte particulière, un peu transparente, a été justement comparée à celle du sucre d'orge.

Ils pâlisent un peu sous la pression du doigt et prennent alors une teinte plus jaunâtre.

Les lupômes s'accompagnent souvent d'empatement. Leur vascularisation est variable : le râclage ou la dilacération donnent lieu à une hémorrhagie quelquefois abondante, mais rarement rebelle, qui cède généralement à la compression prolongée pendant une minute.

Si l'on enfonce dans le nodule une aiguille, un stylet ou mieux un scarificateur, on est tout étonné de la facilité avec laquelle l'instrument traverse le tissu malade, et cette mollesse du tubercule tranche avec la résistance fibreuse opposée par les tissus voisins.

C'est grâce à cette friabilité que la dilacération du tissu tuberculeux se fait aisément, et le traitement chirurgical du lupus s'en trouve facilité.

Tels sont les caractères qui distinguent le lupôme des autres lésions cutanées, syphilômes, léprômes, qui

pourraient le simuler, et qui permettent au praticien prévenu de le reconnaître et de le combattre à une époque de son évolution où la thérapeutique a le plus d'action.

II. *Indications accessoires.* — Les nodules isolés de tuberculose cutanée que nous venons d'indiquer comme particulièrement accessibles au traitement que nous étudions ici, peuvent être sans aucun doute aisément détruits.

Le thermo ou le galvano-cautère sont couramment employés en pareil cas. Les caustiques chimiques sont d'un emploi difficile, à cause du petit volume de la néoplasie. Les scarifications auraient aussi facilement raison de ces lésions.

Pourquoi donc, dira-t-on, proposer une nouvelle intervention, alors que le praticien a déjà à sa disposition plusieurs thérapeutiques susceptibles de remplir l'indication fournie par la maladie ? Parce que, répondrons-nous, il est des cas où le patient ne se soumet pas volontiers au traitement.

Sans revenir sur la difficulté d'application des caustiques chimiques sur des surfaces aussi limitées, il est permis de rappeler avec quelle lenteur agissent les scarifications, quelle perte de temps elles imposent au malade, quels ennuis même elles lui occasionnent, lorsque le lupus (ce qui est le cas le plus habituel) siège à la face. Il n'est pas toujours possible d'obtenir d'un malade soumis aux règlements d'un atelier, de venir toutes les semaines se faire scarifier et alors même qu'il n'y aurait aucune difficulté de ce chef,

n'est-il pas pénible pour lui de se remettre au travail avec le visage tout déchiré ?

Sans doute, on pourra nous répondre que l'hospitalisation supprime toutes ces objections. Nous l'admettons ; mais nous reconnaissons aussi que peu de malades acceptent une hospitalisation aussi longue, et que d'ailleurs, trop souvent, les ressources de nos hôpitaux ne le permettent pas.

Le thermocautère échappe à la plupart des reproches que nous venons d'opposer à la méthode des scarifications. Mais ici des difficultés d'un autre genre en rendent quelquefois l'application impossible. La vue du fer rouge effraie les patients, non seulement les enfants, mais parfois aussi les adultes, et nous en avons vu qui préféraient conserver leur lupus, plutôt que d'accepter la cautérisation. Le médecin s'épuisait en vain à leur montrer les ennuis que leur causait la maladie, et les accidents auxquels ils s'exposaient pour l'avenir ; rien n'y faisait, ils quittaient la clinique, et le seul moyen de les revoir était de leur proposer une autre intervention. Ajoutons qu'après une cautérisation au thermo-cautère, il est indispensable d'appliquer un pansement, ce qui est parfois pour le patient une source d'ennuis.

Nous espérons montrer que la dilacération suivie de la cautérisation au chlorure de zinc cristallisé échappe à la plupart de ces objections, et qu'elle mérite une place et une place honorable à côté des deux autres méthodes thérapeutiques dont nous venons d'indiquer les quelques inconvénients.

CHAPITRE DEUXIÈME

Technique opératoire

Depuis longtemps déjà on a reconnu que la destruction du lupus par le curettage (notre procédé n'est en somme qu'une application de cette méthode), n'est efficace qu'à la condition de compléter l'ablation des tubercules, par la cautérisation des tissus infiltrés qui échappent fatalement à l'action de la curette. Quels que soient le soin et la patience du chirurgien, il lui est impossible d'aller enlever une néoplasie que son instrument ne peut atteindre.

C'est ce qu'indiquait bien le regretté professeur H. Leloir, lorsqu'il écrivait sur les traitements du lupus par les caustiques : « Je vais plus loin, je dis que pour qu'on puisse les employer et en retirer les résultats maxima au point de vue de l'obtention d'une cicatrice parfaite, il faut que le gros du tissu tuberculeux ait été enlevé ; il faut que l'on puisse se rendre approximativement compte de ce qui reste des foyers lueux dans les anfractuosités, pour pouvoir adapter et proportionner l'application des médicaments caus-

tiques à l'état de la peau, lorsqu'on a enlevé le gros du néoplasme. »

Nous empruntons au mémoire de M. le professeur Derville, présenté en 1895 à la Société Médicale, Belge le manuel opératoire de son traitement, et nous y ajouterons, chemin faisant, les quelques modifications qu'il a été amené à y introduire. Les instruments employés sont tantôt le scarificateur à lame losangique, tranchante sur les deux bords, tantôt l'aiguille à scarifier du docteur Vidal.

Lorsque le nodule à détruire est assez large, le scarificateur est préférable ; l'aiguille à scarifier convient aux plus petits nodules. Il est quelquefois nécessaire de faire agir le scarificateur sur deux points du nodule, lorsque celui-ci est très développé, car il ne faut pas perdre de vue que tout le tissu morbide doit être dilacéré.

L'instrument, tenu comme une plume à écrire, est introduit perpendiculairement à la surface de la peau et au milieu du petit tubercule. On le pousse dans la même direction jusqu'à ce qu'on sente sa pointe manifestement arrêtée par la résistance du tissu avoisinant la masse tuberculeuse. On sait en effet que les tissus tuberculeux présentent une grande mollesse, et avec un peu d'habitude, le praticien, qui scarifie ou qui curette une plaque lupique, se rend très bien compte de la direction de son aiguille ou de sa curette.

Cette résistance toute spéciale du derme ou du tissu cicatriciel qui contraste avec la grande mollesse du

tissu lupique a toujours été considérée comme un des meilleurs guides au cours de l'intervention.

L'instrument étant ainsi mis en place, on lui imprime un mouvement de rotation assez rapide en le roulant entre deux doigts : cette manœuvre est facilitée par la forme du manche de l'instrument dont la coupe représente un hexagone.

Cette petite intervention est achevée en moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire ; elle déchire le tissu tuberculeux ; elle en enlève même des fragments qu'on retrouve sur l'une ou l'autre face du scarificateur sous forme de petites masses jaunâtres, molles, comme gélatineuses, demi-transparentes.

Le scarificateur, employé comme nous venons de le dire, agit non seulement en dilacérant les tissus malades, mais encore il en enlève la plus grande partie. Il supplée donc la curette tranchante dans les cas où son emploi serait impossible à cause de la petitesse des lésions. Aussi lorsqu'on retire le scarificateur, on trouve à la place du nodule qui vient d'être détruit, une sorte de petite dépression, de petite cavité dans laquelle les tissus dégénérés sont encastrés. L'aspect est absolument comparable à celui que l'on obtient lorsqu'après avoir cureté une large plaque de lupus, on va avec une fine curette, énucléer les nodules situés plus profondément.

Le premier acte de l'intervention étant ainsi achevé, on introduit dans la petite cavité ainsi creusée un fragment de chlorure de zinc de dimensions proportionnées à la dépression qu'il s'agit de cautériser. En

pressant sur le caustique au moyen de la lame du scarificateur posée à la surface de la peau, on le fait pénétrer jusqu'au fond de la petite dépression.

On connaît l'action de ce sel sur le tissu tuberculeux et l'influence curative qu'il exerce par ses propriétés sclérogènes ; les magnifiques résultats obtenus par M. le professeur Lannelongue dans le traitement des arthrites tuberculeuses, par l'injection au pourtour des articulations malades de solution de ce caustique, nous en donnent une démonstration qui nous dispense d'insister davantage sur ce point. D'ailleurs le chlorure de zinc a été maintes fois recommandé à titre de caustique dans la cure du lupus, et si nous l'employons à l'exclusion de tout autre, c'est comme nous l'indiquerons tout à l'heure, non seulement à cause de ses propriétés sclérogènes, mais surtout à cause des caractères de l'eschare qu'il détermine et qui rendent beaucoup plus faciles les soins ultérieurs.

A peine le fragment de caustique a-t-il été introduit dans la petite plaie, l'hémorrhagie s'arrête, et on voit se former au point dilacéré une tache noire entourée d'un cercle blanchâtre, une petite eschare.

Celle-ci se dessèche, forme une croûte gris noirâtre, un peu saillante au-dessus du niveau des parties saines, qui recouvre la lésion, et sous laquelle se fait la cicatrisation. Si le malade prend garde de ne pas l'arracher, cette croûte persiste jusqu'à la guérison, et lorsqu'elle tombe, c'est ordinairement du dixième au quinzième jour, il ne reste comme trace de l'intervention qu'une macule rougeâtre un peu déprimée. Ulté-

rieurement cette macule pâlit, et la cicatrice diminue de largeur par suite de la rétraction du tissu scléreux ainsi produit.

Dans le but de rendre plus profonde et partant plus efficace l'action du chlorure de zinc, M. le professeur Derville avait essayé à deux ou trois reprises de laisser le cristal de zinc enchâssé dans la petite loge du nodule tuberculeux. Mais le chlorure de zinc employé de cette façon a produit une eschare trop large, trop profonde, de sorte que notre maître a dû renoncer à cette manière de faire.

Aussi actuellement, après avoir laissé le caustique pendant quatre à cinq minutes en place, il fait un lavage de la région avec un peu de liqueur de Van Swieten, pour enlever toute trace de chlorure de zinc.

Voilà en quoi consiste cette petite intervention : on conviendra qu'elle se recommande au moins par sa simplicité et la facilité de son application : nous espérons montrer dans le chapitre suivant qu'elle a encore à son actif d'autres avantages.

CHAPITRE III

Avantages et Inconvénients.

La méthode opératoire que nous venons de décrire répond, nous l'avons vu, à des indications bien déterminées et en somme assez limitées.

Bien plus ces indications peuvent être remplies et ont été remplies jusqu'ici par des interventions bien connues de tous les dermatologistes.

Ces interventions ont leurs avantages que nous reconnaissons pleinement, mais aussi leurs inconvénients. Ce sont même ces inconvénients qui ont engagé M. le professeur Derville à chercher un mode opératoire qui en fût exempt et pût dans certains cas remplacer les méthodes journellement employées.

Mais il n'entre pas dans notre pensée ni dans notre intention de déclarer parfaite la méthode thérapeutique que nous avons étudiée ici. Nous reconnaissons que si elle a des avantages, elle a aussi quelques inconvénients, et ce sont ces qualités et ces défauts que nous allons examiner ici.

I. *Inconvénients.* — Nous avons eu l'occasion d'en

noter deux principaux. Ils tiennent à la nature du caustique employé, et bien qu'il eût été facile de le remplacer par un autre, nous n'avons pas cru devoir le faire en raison des avantages que présente le chlorure de zinc.

1° Le chlorure de zinc laisse, le fait est malheureusement bien connu, des cicatrices souvent irrégulières, saillantes, susceptibles de produire des difformités très désagréables.

C'est là un inconvénient de peu d'importance sur les parties couvertes du corps, mais à la figure il peut être pour le patient une source d'ennuis et de chagrins. On pourrait se borner à n'employer ce caustique que sur les parties couvertes, et il pourrait rendre encore de grands services.

Mais nous croyons qu'on peut y avoir recours même au niveau de la face ; si la cicatrice est un peu irrégulière, quelques séances de scarification la mettent de niveau.

Il ne faudrait pas d'ailleurs exagérer l'importance de cet inconvénient. Les cicatrices vicieuses, difformes, dont nous parlons et qu'on observe lorsque le chlorure de zinc est appliqué sur une surface relativement large, sont exceptionnelles dans les cas que nous avons envisagés, c'est-à-dire lorsque la cautérisation est appliquée à de petits nodules isolés, et le plus souvent encastrés dans un tissu fibreux.

Nous n'avons guère observé ces cicatrices difformes et nous n'avons pas eu besoin de recourir aux scarifications. Faut-il rattacher ce fait à la petite

dimension des cicatrices? Faut-il au contraire faire intervenir leur situation au sein d'un tissu dense, peu extensible? Nous ne savons, mais le fait est certain et mérite d'être noté.

2° Un autre inconvénient du chlorure de zinc réside dans l'action sclérogène si utile de ce caustique. Le tissu de sclérose qui remplace le nodule tuberculeux, peut en revenant sur lui-même entraîner un rétrécissement des orifices naturels, notamment de la bouche ou du nez.

Toutefois, ici encore, il faut distinguer parmi les cas qui peuvent se présenter en clinique. S'agit-il d'un lupus étendu, nous croyons qu'il vaut mieux renoncer au chlorure de zinc, et d'ailleurs ces faits ne sont pas justiciables de notre procédé. S'agit-il au contraire, de quelques tubercules, on peut très bien employer ce mode opératoire, et le résultat obtenu chez l'un de nos malades, qui avait cinq ou six nodules lupiques sur l'aile gauche du nez (Obs. II) montre que le rétrécissement, si réellement il y en a, est absolument négligeable aussi bien au point de vue fonctionnel qu'au point de vue esthétique.

En somme, nous le voyons, lorsque la dilacération suivie de la cautérisation au chlorure de zinc est appliquée aux cas qui remplissent bien les indications posées, les inconvénients du chlorure de zinc sont à peu près négligeables.

II. *Avantages.* — 1° L'intervention est d'une application facile. Il n'est pas un praticien qui ne puisse l'employer. Et le fait a d'autant plus d'import-

tance que souvent c'est le praticien qui est appelé le premier à constater le lupus débutant ou récidivant, à une époque où le malade ne consentira pas toujours en raison du peu d'importance des lésions, à se déplacer pour aller réclamer auprès d'un spécialiste les soins nécessaires. Que de fois n'avons-nous pas vu des malades auxquels nous avions recommandé après une intervention importante de venir nous voir de temps à autre pour surprendre la récidive à son début, que de fois ne les avons-nous pas vus manquer à leur promesse, et ne venir réclamer nos soins que lorsque la maladie avait repris déjà une étendue assez grande pour les gêner et les obliger à consulter.

2° Le traitement n'a par lui-même rien d'effrayant. Si nous signalons ce léger avantage, c'est que bien souvent nous avons vu des enfants, des femmes et même des hommes adultes, refuser absolument toute cautérisation au thermo-cautère et préférer garder leur lupus plutôt que de s'exposer à une douleur dont ils exagéraient beaucoup l'importance.

N'est-il pas utile alors d'avoir à leur proposer une autre intervention, tout aussi effrayante peut-être pour un esprit non prévenu, mais plus facilement acceptée par certains malades ?

3° L'intervention est peu douloureuse. Les malades la supportent aisément. Nous avons vu soigner de cette façon sans chloroformisation, sans anesthésie locale, des enfants de quatre à dix ans, et jamais nous n'avons éprouvé de leur part la moindre résistance, jamais non plus nous n'avons vu les patients

cesser de venir à la polyclinique, ce qui est le cas ordinaire, lorsque le traitement est douloureux.

4° La dilacération suivie de la cautérisation au chlorure de zinc n'entrave pas les malades dans leurs occupations. Sitôt l'action du caustique terminée, l'eschare produite se dessèche, forme une sorte de croûte gris noirâtre, sèche, adhérente, qui recouvre la plaie et ne réclame aucun soin. Il n'y a qu'une chose à recommander aux malades, et c'est la seule précaution qu'ils aient à prendre, c'est de ne pas arracher cette croûte, de la laisser tomber seule. Dès que la cicatrisation sous-crustacée est accomplie, l'eschare se détache d'elle-même.

Donc pas de pansements consécutifs obligeant le malade à revenir plusieurs fois par semaine auprès du médecin. C'est là un avantage qu'apprécient tout particulièrement nos malades de la polyclinique, retenus à l'atelier une grande partie de la journée et n'obtenant pas toujours facilement la permission de s'absenter, lorsque cette demande se reproduit trop souvent.

5° Enfin ce mode de traitement agit rapidement.

Il n'est pas rare de voir un petit nodule détruit dès la première intervention et remplacé par un tissu de sclérose qui en se rétractant, ne peut avoir que la plus heureuse influence sur les tissus voisins.

Nous ne voudrions cependant pas vanter outre mesure l'efficacité de ce traitement.

La guérison après une seule intervention ne peut

être espérée que lorsqu'il s'agit de tubercules superficiels et peu étendus.

Pour les autres, il est indispensable de les traiter à nouveau, souvent à deux ou trois reprises. En général, il faut attendre quinze jours avant de renouveler l'intervention.

Au bout de ce laps de temps seulement, les croûtes sont tombées ou se détachent aisément, et on peut faire une nouvelle dilacération et une nouvelle cautérisation.

Nous croyons donc que cette dilacération suivie de cautérisation, lorsqu'elle est employée avec prudence, dans les cas que nous avons spécifiés au début, peut être de quelque utilité dans la pratique.

Elle peut abrégé et rendre tolérable la fin d'un traitement quelquefois très long et par là devenu à charge aux malades, et aussi enrayer rapidement la récurrence sur place du loup.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite) (1)

*Lupus tuberculeux. Scarification, puis dilacération
et cauterisation.*

Julie E..., âgée de 13 ans, couturière, vint à la consultation du dispensaire Saint-Raphaël le 1^{er} avril 1895, pour une éruption siégeant à la tempe gauche et datant de cinq ans.

L'éruption a débuté à cette époque sous forme d'un petit bouton, juste au-dessus de la queue du sourcil gauche et depuis lors n'a cessé d'augmenter. La plaque atteint aujourd'hui les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent, elle s'est ulcérée à plusieurs reprises, et le seul traitement qu'on ait opposé à son extension a été l'application de collodion, sans aucun résultat d'ailleurs.

Cette plaque irrégulière dans son pourtour, présente sur la plus grande partie de sa surface des croûtes jaunes, épaisses, inégales, d'aspect impétigineux. Ces croûtes n'existent pas toujours : elles se montrent de temps à autre, et leur durée n'est pas en général très prolongée.

Dans l'intervalle des poussées, la surface de la plaque éruptive présente les caractères que nous pouvons constater aujourd'hui sur un des points où il n'y a pas de croûtes.

A ce niveau la peau de la tempe est violacée, épaissie, un

(1) Cette observation et les suivantes sont dues à l'obligeance de M. le professeur Derville.

peu saillante au-dessus de la peau voisine, d'une consistance molle au toucher. En y exerçant une pression avec une lame de verre, de façon à diminuer la congestion, on met en évidence trois ou quatre tubercules avec leur couleur jaune sucre d'orge caractéristique. Les limites de cette plaque sont nettement arrêtées, il n'y a pas de ganglions.

Cette jeune fille a toujours joui d'une bonne santé : elle est blonde, un peu pâle, assez svelte, mais en somme sa santé générale ne présente rien de défectueux.

Son père a été tué dans un accident de travail, c'était un homme vigoureux. Sa mère est bien portante.

Elle a un frère et une sœur plus âgés, sans tares héréditaires ; sa sœur est seulement un peu anémique.

Etant donné le siège de ce lupus, M. le professeur Derville conseilla à cette jeune fille le traitement par les scarifications linéaires. Ce traitement fut suivi pendant les années 1895 et 1896, mais d'une façon très irrégulière, et pour plusieurs raisons.

Le lupus très irritable fut à maintes reprises le siège de poussées inflammatoires qu'il fallut calmer avant de reprendre les scarifications. D'un autre côté, la malade, qui habitait une commune des environs de Lille, n'était pas d'une exactitude exemplaire : ou bien elle refusait de venir, ou bien sa sœur qui devait l'accompagner, n'était pas libre. Pour ces raisons, le traitement fut très long, et ce ne fut que dans les premiers jours de 1897 que la plaque de lupus disparut.

Julia F... revient nous trouver au mois de janvier 1898.

Sur la cicatrice du lupus se sont développées trois récidives, sous forme de nodules de volume variable (le plus gros a la dimension d'un petit pois) ulcérés et couverts de croûtes.

Après avoir fait tomber les croûtes, le tissu tuberculeux est dilacéré, puis cautérisé au chlorure de zinc pur.

Cette petite intervention dut être répétée trois fois à quinze jours d'intervalle pour le plus gros des nodules. Après ces trois interventions, la guérison nous a paru aussi complète qu'on

peut l'affirmer avec le lupus, et la malade a cessé ses visites au dispensaire.

Nous avons eu occasion de la revoir tout récemment : la guérison se maintient, et la cicatrice ne présente aucune défec-tuosité.

· OBSERVATION II (Inédite).

Lupus tuberculeux de la face traité d'abord par les scarifica-tions puis par la dilacération suivie de cautérisation au chlo-rure de zinc.

C... Marguerite, 4 ans, de Lille, vient consulter M. le pro-fesseur Derville à la polyclinique Saint-Raphaël, le 7 mai 1899.

Les parents, les frères et sœurs de cet enfant jouissent d'une bonne santé, et on ne note dans la famille aucun cas de tuber-culose. Elle-même a toujours été bien portante jusqu'à l'affec-tion qui nous l'amène : elle a eu depuis le début de son lupus la coqueluche qui actuellement est à peu près terminée.

La maladie cutanée pour laquelle elle réclame nos soins a commencé il y a deux ans, et depuis lors l'enfant n'a subi aucun traitement sérieux, les parents se contentant d'employer les pommades recommandées à la quatrième page des jour-naux.

Elle présente actuellement sur la figure trois plaques de lupus de dimensions inégales. La plus petite dont la surface est égale à une pièce de un franc occupe la tempe droite.

Une seconde plaque de dimensions à peu près égales est située sous l'œil gauche : un intervalle de peau saine de un travers de doigt la sépare du bord libre de la paupière inférieure. Enfin la lésion la plus étendue (égale à deux francs) occupe la région sous-maxillaire gauche.

Toutes ces plaques sont arrondies, peu saillantes, d'une colo-ration rouge foncé. Sur toutes ces lésions les tubercules, sont

nets, distants les uns des autres, et en s'aidant du diascopé on les met parfaitement en évidence. Sur la plus grande des plaques, les tubercules sont un peu saillants.

Cette apparition de plaques multiples de lupus sur la figure fait penser à une lésion nasale. Malgré un examen attentif, il a été impossible de découvrir le moindre signe subjectif ou objectif d'une lésion tuberculeuse de la pituitaire.

Du 22 mai jusqu'au 15 août l'enfant est traitée par les scarifications graduelles. En raison de sa résistance, on doit donner chaque fois le chloroforme, que d'ailleurs elle supporte mal, étant prise chaque fois de vomissements pendant une partie de la journée.

En vain, pour obvier à cet inconvénient, avons-nous essayé à plusieurs reprises d'intervenir sans anesthésie, l'indocilité de l'enfant a toujours nécessité la chloroformisation.

Dans l'espace de temps indiqué ci-dessus, des séances de scarification ont été faites sur chacune des plaques lupiques, suivies d'applications de vaseline au sublimé.

Vers le 15 août, les surfaces malades avaient diminué d'étendue : elles étaient très décongestionnées, mais on voyait encore sur chacune d'elles un certain nombre de nodules tuberculeux.

Nous ne revîmes la malade que le 31 octobre 1899. A cette époque, les lésions sont restées pâles : sur la plaque de la tempe, on ne voit plus que trois ou quatre tubercules, situés à la périphérie de la plaque.

Sur chacune des deux autres surfaces malades, on note quelques tubercules miliaires peu apparents ; enfin, sur chacune des lésions, on voit un certain nombre de grains de milium.

Après trois séances de scarification, l'enfant ayant toujours à la suite, des vomissements copieux, M. le professeur Derville traite les nodules apparents par la dilacération et la cautérisation au chlorure de zinc. L'enfant étant chloroformée, tous les nodules apparents ont pu être traités dans la même séance.

Quinze jours après les eschares étaient tombées, il ne restait que de petites cicatrices rouges.

Nous avons revu l'enfant dans le courant du mois de juillet 1900, son état est satisfaisant ; il n'y a pas de récurrence apparente.

OBSERVATION III (inédite).

*Lupus tuberculeux de l'avant-bras traité par le curettage.
Dilacération et cautérisation au chlorure de zinc des nodules de récurrence.*

E... Julienne, 12 ans, couturière, de Fives, près Lille, vient consulter le 18 mars 1895.

Cette jeune fille a eu à l'âge de trois ans un mal de Pott, actuellement guéri, mais qui a laissé une forte déviation de la colonne vertébrale (cypho-scoliose). Elle est pâle, maigre, anémique. Son père est mort de tuberculose pulmonaire ; sa mère est bien portante.

Il y a trois ans, apparut sur la face antérieure de l'avant-bras droit, un bouton qui s'ulcéra, se couvrit de croûtes et s'étendit peu à peu, envahissant progressivement la moitié inférieure de l'avant bras.

Ce lupus suivit une marche serpentineuse, formant une cicatrice dans les points primitivement envahis, en même temps que l'ulcération gagnait à la périphérie les parties voisines jusque là indemnes.

Au moment de sa visite au dispensaire Saint-Raphaël, la plaque mesurait un diamètre vertical de 10 centimètres et un diamètre transversal de 8 centimètres. Au centre, se trouve une cicatrice dure, un peu irrégulière, blanchâtre.

Cette cicatrice est entourée sur toute sa périphérie par une croûte saillante, irrégulière, noirâtre, d'une largeur de deux travers de doigt. Sous cette croûte, on voit une ulcération à bords nettement arrêtés, dont le fond est couvert de gros bourgeons jaunâtres, mous, exubérants.

La patiente refusant toute intervention chirurgicale, fut mise au traitement général (huile de foie de morue, phosphate de chaux) et localement on fit des pansements antiseptiques. Jusqu'au 22 avril on appliqua du naphthol camphré : sous son influence les bourgeons charnus s'affaissèrent, prirent une coloration plus vive, mais l'épidermisation ne se produisit pas, et à plusieurs reprises, l'irritation des parties voisines obligea de suspendre le naphthol camphré.

Dans le courant de l'année 1895, on varia sans cesse les pansements, employant tour à tour le naphthol camphré, les pommades iodoformées, la teinture d'iode, la pommade au sublimé. On réussit ainsi à rendre à la plaie une allure plus vivace. Deux ou trois fois un commencement d'épidermisation se produisit, mais toujours d'une façon temporaire et au mois de janvier 1896, l'amélioration était à peu près insignifiante.

Voyant l'inutilité de nos efforts, la malade accepte à cette époque une intervention chirurgicale. Le 28 janvier 1896, après chloroformisation, les lésions furent curettées soigneusement, cautérisées au chlorure de zinc en solution au 1/10^e, puis pansées avec le naphthol camphré d'abord, la pommade iodoformée ensuite.

Le 8 mars la malade était guérie.

Le 5 mai 1898. Julienne E... revint nous trouver pour trois ulcérations croûteuses de la largeur d'un gros pois développées depuis quelques semaines sur l'ancienne cicatrice et le long de son bord interne. Sous les croûtes se trouve une ulcération superficielle à fond jaunâtre, mollasse, qui se laisse dilacérer facilement et cautériser au chlorure de zinc.

La malade se trouvant améliorée cessa de revenir nous voir, de sorte que le 15 juin, les lésions étaient à peu près dans le même état que six semaines auparavant.

Il fallut faire une nouvelle intervention qui fut répétée trois semaines après.

Nous ne revîmes la malade que le 31 octobre 1899. A cette époque les nodules de récidive traités dans le courant de l'année 1898 n'ont pas reparu : mais d'autres tubercules se sont montrés vers l'extrémité inférieure et le bord externe de la cicatrice consécutive au curetage : les nodules de récidive sont au nombre de six : deux d'entre-eux sont ulcérés et croûteux, du volume d'une lentille : quatre autres plus petits ne sont pas ulcérés. Toutes ces lésions sont traitées par la dilacération et la cautérisation au chlorure de zinc.

Le 21 novembre, les quatre petits nodules sont guéris et cicatrisés; les deux autres présentent encore des traces de tuberculose : à leur niveau la cicatrice est jaune rougeâtre, les téguments sont peu résistants. On pratique une nouvelle intervention.

Depuis lors nous n'avons plus revu la malade qu'au mois de juillet 1900 : voulant nous rendre compte des résultats de l'intervention, nous l'avons visitée et avons constaté que la guérison s'est maintenue et que la cicatrice ne présente aucune difformité appréciable. Elle est lisse, blanche, un peu plus déprimée seulement au niveau des nodules de récidive traités en 1898 et 1899, mais ces dépressions sont peu accusées.

OBSERVATION IV

Lupus du nez. Cautérisations ignées

Récidives traitées par la dilacération et le chlorure de zinc.

D... Angèle, 20 ans, couturière, de Lille, se présente à la consultation du dispensaire de Saint-Raphaël le 2 juillet 1900. Rien à noter dans les antécédents héréditaires de cette jeune fille; ses parents vivent et jouissent d'une bonne santé.

Elle-même a eu dans son enfance plusieurs manifestations tuberculeuses. Elle est atteinte d'un mal de Pott dorsal et présente sur l'avant-bras droit plusieurs cicatrices irrégulières,

déprimées, adhérentes aux os sous jacents, qui permettent le diagnostic rétrospectif d'abcès froids d'origine osseuse.

En 1898, cette jeune fille fut soignée pour un lupus de l'aile gauche du nez. Ce lupus fut traité par les cautérisations au thermo-cautère. Il guérit sans récidence jusqu'au mois de mai 1900.

A cette époque, apparurent sur la cicatrice cinq boutons rougeâtres qui persistèrent et bientôt devinrent le siège d'ulcérations et de croûtes. C'est dans cet état que la malade vint nous consulter.

Le 3 juillet, les croûtes sont enlevées, et la petite cavité ainsi formée remplie de chlorure de zinc.

Après quelques moments d'application du caustique, la région est lavée.

La malade revient le 17 juillet : les nodules sont recouverts d'une croûte sèche, encore adhérente, assez saillante, gris noirâtre. Autour de ces croûtes, il n'y a pas de réaction inflammatoire.

Le 23 juillet, la malade nous raconte que les croûtes sont tombées il y a trois jours, les cicatrices sont lisses, un peu rosées, peu déprimées ; à l'examen au diascopie on ne constate plus de tissus tuberculeux.

Nous n'avons pas vu la malade depuis.

OBSERVATION V

Tuberculose nasale. -- Lupus de l'aile gauche du nez

M... Louise, 34 ans, cigarière, de Lille, vient consulter au dispensaire Saint-Raphaël le 30 mars 1900.

Rien à noter dans les antécédents personnels de cette jeune fille. Son père est mort à 55 ans d'une bronchite avec affection cardiaque.

La maladie qui nous l'amène a commencé il y a trois ou quatre ans. A la suite d'un avortement au troisième mois (c'est

la seule grossesse qu'elle ait eue) elle vit survenir sur l'aile gauche du nez des boutons qui se couvrirent de croûtes. Elle avait remarqué que depuis quelque temps elle avait souvent les narines obstruées par des croûtes qui se formaient à la partie antérieure des fosses nasales.

Elle consulte à cette époque. Les lésions furent diagnostiquées : syphilis tertiaire. La malade fut mise pendant quelques semaines au traitement mixte sans amélioration évidente, puis elle fut perdue de vue.

Le 30 mars 1900, l'état de la malade était le suivant : sur l'aile gauche du nez, on voit une dizaine de tubercules du volume d'un grain de mil, de coloration jaune rouge, peu saillants, non ulcérés, disposés les uns isolément, les autres plus ou moins cohérents. Ces nodules forment deux groupes.

L'examen de la narine gauche montre une ulcération située sur la cloison, à un centimètre et demi environ du bord inférieur de la cloison. Cette ulcération est irrégulière, déprimée en son centre, d'aspect bourgeonnant sur son pourtour.

Bien qu'il n'y ait pas de perforation visible, on explore la dépression avec un stylet, et on constate que cette perforation existe, que le stylet passe facilement de la narine gauche dans la narine droite. De ce côté les lésions sont peu apparentes. On note seulement une rougeur foncée autour de l'orifice de communication des deux narines.

Enfin sur les deux joues, notamment au-dessous des yeux et aux tempes, la malade présente une multitude de grains de milium, consécutifs, dit elle, à un érysipèle, qu'elle a eu il y a quelques années.

Le 2 avril, la moitié des tubercules de l'aile gauche du nez sont dilacérés et cautérisés au chlorure de zinc ; sur l'ulcération de la muqueuse nasale on applique un tampon d'ouate trempée dans le mélange : Acide lactique 6, glycérine 4, et on recommande à la malade de le laisser en place pendant quatre heures.

Le 7 et le 14 avril : les tubercules cautérisés sont couverts

d'eschares sèches, on n'y touche pas, et on renouvelle la cautérisation de la muqueuse nasale.

Le 28 avril : les eschares de l'aile du nez sont tombées, et à leur place on trouve des cicatrices un peu déprimées, légèrement rougeâtres. Ce même traitement est appliqué aux autres nodules.

A l'intérieur du nez, l'ulcération se modifie ; les bourgeons sont moins saillants, et l'ulcération semble se réduire un peu.

Le 4 et le 11 mai, le même pansement est répété à l'intérieur du nez : les eschares restant toujours adhérentes.

Le 18 mai : les eschares sont tombées, il y a quelques jours : l'aile du nez paraît guérie : elle n'est guère déformée, et malgré un examen attentif, on ne constate aucune dépression de ce côté, aucun rétrécissement de la narine gauche.

A partir de cette époque et jusqu'au 15 août, nous avons continué à soigner la malade pour l'ulcération de la muqueuse nasale, alternant les applications de glycérine lactique avec celles d'une solution de chlorure de zinc au 1/10^e. Nous avons vu l'ulcération se rétrécir peu à peu ; elle était cicatrisée le 15 août. Du côté de l'aile du nez, aucune modification ne s'est produite, la guérison s'est maintenue. Depuis lors nous n'avons plus revu la malade.

CONCLUSIONS

1° Les divers traitements du lupus ont chacun leurs indications particulières et ne doivent pas être indistinctement employés.

2° Aucun traitement ne convient à tous les cas de lupus.

3° La dilacération suivie de la cautérisation par les cristaux de chlorure de zinc, convient à presque tous les cas de nodules lupiques isolés.

4° C'est une opération facile, peu douloureuse et efficace.

5° Son emploi ne nécessite, ni l'hospitalisation des malades, ni aucun pansement, de sorte que le malade peut vaquer à ses occupations pendant le traitement.

Vu par le président de la Thèse :

Paul BERGER.

Vu par le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Paul ROGER. — Article lupus. In *Dictionnaire médical*, 1834.
CAZENAVE. — Article lupus. In *Dictionnaire médical*, 1838.
E. BAZIN. — In *Dictionnaire de Dechambre*, 1870.
LELONGT. — *Thèse*, Paris, 1877.
RENOUARD. — *Thèse*, Paris, 1883.
LANNELONGUE. — Traitement de la tuberculose chirurgicale
(*Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 7 juillet
1891.)
II. LELOIR. — *Traité pratique, théorique et thérapeutique de la
scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses adjacen-
tes*, 1891.
DERVILLE. — Traitement des nodules isolés du lupus par la
dilacération suivie d'applications de chlorure de zinc
(*Journal des sciences médicales*, n° du 18 janvier 1896.
MARTINET. — Quelques cas de lupus traités par les caustiques
chimiques (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*,
1898).
EYNARD. — *Thèse*, Paris, 1898.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
